

ターミナルケアにおけるソーシャルワークの 体系と機能

中 村 永 司

1 ターミナルケアにおけるソーシャルサービス

ターミナルケアにおけるターミナル（末期）の意味は「①その病を根治することは、現代の医療の水準から考え不可能であり②死期がほぼ明瞭である」¹⁾（永田勝太郎）と定義され、人間の実存にかかわる極限状態を指している。このように有機体の末期に対処したターミナルケアとは「治療の見込みがなくなった、最後の3～6カ月の時期における包括的なケアである。……ターミナルケアの開始は、治療よりも苦痛の緩和へと移る分岐点となる」²⁾（池見酉次郎）と言われるように、ターミナルケアの概念は病死を目的とした、特に癌末期を予想した定義であるが、本論においては病死に限定せず、事故死、病死、老衰死など臨死期における人間のケアを前提としておきたい。そもそもソーシャルワークにおいて臨死期を特定したソーシャルワークの技法はない。しかし、あえていえばそれに対応した技法として考えられるのは危機介入療法であろう。それは患者の精神的、身体的、社会的危機の側面にトータルな視点より接近していく方法である。現在ソーシャルワークの実践技法のモデルとして、およそ7種類数えられる。それらは問題解決モデル、心理社会治療モデル、機能的モデル、行動変容モデル、課題中心モデル、全体論的モデル、危機介入モデルなどである。これらのどの技法モデルも自己（self）の回復力を前提とした社会的、精神的、身体的側面における再帰、あるいは復帰を意図した社会適応への努力の過程を体系化したものである。これらの技法が社会復帰、社会適応を究極の目的としている以上、死に到る末期の患者にはどの技法も適切に対応しえない。あえて適用すれば前述した危機介入モデルであろう。しかしこの危機介入技法も生活現象の危機解決を前提としており、生活適応の知識、技術を体系化したものであれば、臨死期状態の患者の危機的特質に対応して、そのアプローチの方法も微妙に異なる。

危機介入技法の出発点においては「急激な社会変動により台頭してきた低所得階層の人達や少数民族のもつ社会生活上の問題に対応するため、また費用と時間を節約して、できるだけ多くの人達のニーズに応えるために、対象者の生活に則した援助法」³⁾（荒川義子）として危機介入技法が導入され、生活問題への対応策として発展してきたものである。

それが近年精神衛生の領域に進出し、その有効性が確められ、特にキューブラーロス（E. Kübler-Ross）の「死の瞬間」の著書の紹介は、死の受容過程で危機回復の技法としての危機

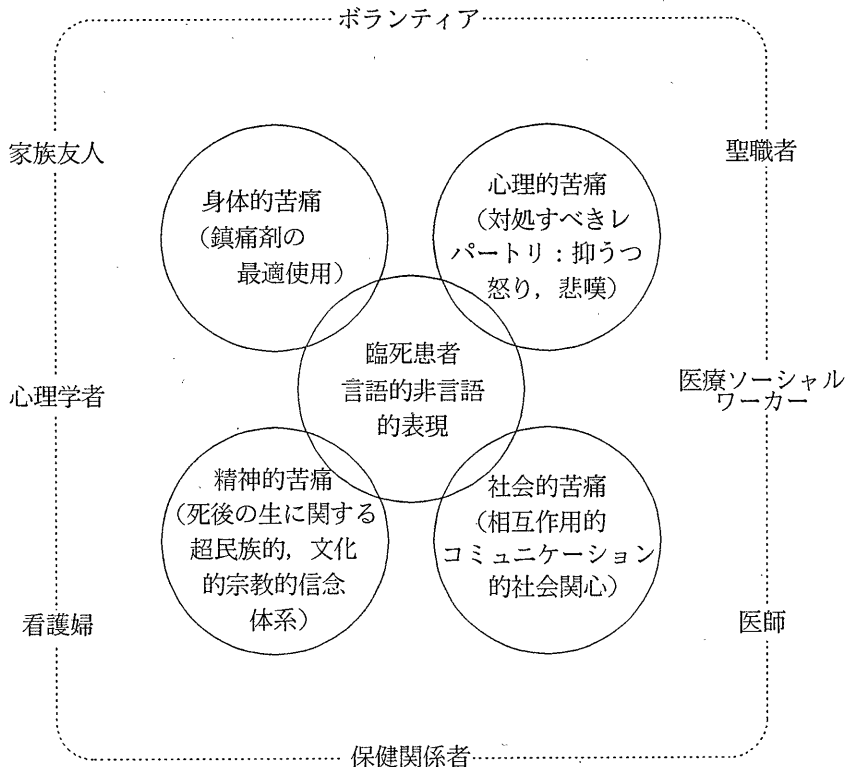
介入モデルが一般化されてきた。

危機介入技法における危機とは何か。キャプラン（Caplan）は危機を四段階に分けて叙述している。第一段階、初期の緊張が経験され、習慣的な適応反応が起る。第二段階、その緊張は継続する刺激のもとで増幅され、緊張を緩和しようとして失敗が経験される。第三段階、緊張が高り、内的外的資源が動員され緊急事態に対する機制が働く、第四段階、行動の機能障害が起り、感情の統制が失われる⁴⁾。

キャプランの分析した危機概念は日常経験される危機感情であり、健康人の内的、外的行動のパターンとして了解されるものであって、非日常的な危機の特質ではない。キャプランの危機概念の分類に対して、ラポポート（Rapport）は次のように定義している。①危機はなんらかの脅威の形をとる一連の危険な出来事、②もろさや葛藤によって引き起こされる早期の脅威に結びついた象徴的な現在及び過去の本能的ニーズへの恐れ、③適切な対処メカニズムで反応できない無能力な状態⁵⁾。すなわち危機は脅迫（threat）や喪失（loss）による心的外傷の結果としてあらわれるものであって、それは具体的には死という不可避の宿命的事実に直面した慟哭、悲嘆、苦渋の産物である。

それ故に死の病床にある患者へのサービスは、全人的なサービスを提供するものでなければ

図 1



(The hospice pain model) Hospice Care in Terminal Illness

ならない。患者の苦痛や悲嘆は身体的、心理的、社会的、精神的諸側面における複合した経験であって、その実像は図1のように示される⁶⁾。

これらの苦痛は患者の安静を防げ、平和な療養の敵対者となって患者の前に立ちはだかつている。ターミナルケアサービスはこれらの苦痛を患者から解放することを第一義とするが、この複合した苦痛の解放には、患者をとりまく医師、看護婦、医療ソーシャルワーカーなどの専門家や家族、友人の協力を必要とする。これらの専門、非専門家の統合的なチームによって、患者に対して全人的な支援体制を組むことができるが、いかなるサービスが望まれ、またソーシャルワーカーのターミナルケアにおける固有な役割は何であるか、未だ明らかにされていない。これに関して科学的、実践的な調査研究の結果が、バッキンガムとループ(Buckingham and Lupu)によって明らかにされているのでそれを資料にして検討してみる⁷⁾。彼らはまず研究の骨子として次のような課題を提起している。①臨死期の患者や家族にどんな型のソーシャルサービスが提供できるか、②ソーシャルワーカーや看護婦、ボランティアによって提供されるサービスの頻度、③これらの人達がサービスの供与に費された時間などである。この調査結果から①②の課題に照して、臨死期の患者に対するソーシャルサービスの内容の分析を試みたい。彼らはソーシャルサービスの構成領域を4部門に大別し、それぞれ看護、ケース管理、社会心理的援助、日常生活領域に分け、さらに臨死期患者に対する具体的な対応策について分析している。わが国の実情とちがってターミナルケアにおけるソーシャルサービスの範囲は広く、それらは専門的な医学・看護学の領域に始って、患者の日常生活活動まで介入している。ターミナルケアにおける社会サービスの内容は次のごとくである。

ソーシャルサービスの構成

看護

- 在宅看護——医学的に処方されたケア。
- 在宅保健ケア——日常の医学的な問題を援助するために患者になされる。
- 身体的治療——患者の身体的問題を軽減し緩和する。
- 苦痛や症状の抑制——患者やその家族のために家族や医師とともになされる。カウンセリングや鎮痛薬、患者の安定を良くする方法を含み、投薬や方法の指示を与え、調整する。

- 対人ケア——患者の入浴、身辺介助、食事の援助。

ケース管理

- 弁護——患者が諸サービスを受けられるようにし、家族や医師他の諸機関に対して患者の利益を主張する。
- 危機介入——ホスピスへ送致するという一度限りの原則を含めて患者や家族の直面した困難を救済する。

- 調 整——例えば埋葬や医師の調整といったような、患者と家族のためにサービス提供側との約束をとりつける。
- 送 致——適切な地域社会資源へ患者、家族を紹介する。
- ケース調整——スタッフ・ボランティアとの間の協議。患者・家族単位でホスピス内で行う。
- 相 談——患者・家族の問題や必要とされるサービスの知識を共有するために、ホスピスのスタッフと他の諸機関の間で行う。
- 調 査——約束されたサービスが実際に供与されていることを確めるために、サービス供給者によって見直しをする。
- 記録保存——患者・家族に関する資料、報告、書類の管理。
- フォローアップ——死後の計画の一つとして家族になされる。

社会心理学的（援助）

- カウンセリング——患者や家族に対して危機カウンセリングを含めて情緒的支持と指導。
- 死別カウンセリング——患者の死の前後における患者、家族へのカウンセリング。
- 電 話——孤独をやわらげ、安全を確保し、安心感を与えるための患者、家族への電話（死別の過程での接触を含む）
- 友愛訪問——死別の過程で社会的意味により患者と家族を訪問。
- リクレーション活動——患者、家族のためのゲーム、外出、パーティの企画と参加。
- 社会的相互作用——患者や家族が正常な社会的成長をとげるために家庭外の本人自身の接触を助ける。
- 指 導——家庭管理、対人ケア、家庭保健技術などを含めて適切な個人的接触を患者や家族に指導する。

日常生活

- 家 事——患者のために掃除、洗濯、食事準備をする。
- 外出介助——患者に必要とされるサービスへの行き帰りにおける階段の登り下り、戸口の出入りを助ける。
- 買物援助——輸送を含めて、患者や家族に対してなされる。
- 送 迎——ある場所から他の場所へ患者を送る。
- 家計相談——金銭の管理を助けるのに患者、家族への相談。
- 市民的権利の援助——市民的権利の問題（保険や遺言など）について患者・家族への援助。

(R. Buckingham and D. Lupu. "A Comparative Study of Hospice Services in the US. American Journal of Public Health, 17. No. 5. 1982.)

表1 ソーシャルワーカー, 看護婦, ボランティアによるサービスの頻度 %

ソーシャルサービスの範疇 ソーシャルサービスの構成要素	ソーシャルワーカー	看護婦	ボランティア
看 護			
在宅看護	3	67	3
在宅保健ケア	10	49	14
身体的治療	3	58	3
苦痛症状の抑制	34	90	3
対人ケア	10	61	55
ケース管理			
弁護	79	76	45
危機介入	97	97	52
調整	66	70	17
送致	100	85	93
ケース調整	93	100	93
相談	79	79	34
調査	28	45	14
記録保存	100	100	97
フォローアップ	62	82	68
社会心理的援助			
カウンセリング	97	100	69
死別カウンセリング	79	97	79
電話	79	79	93
友愛訪問	41	58	90
リクレーション活動	17	30	21
社会的相互作用	72	61	35
指導	45	82	21
日常生活			
家事	10	3	31
外出介助	21	39	52
買物援助	7	9	45
送迎	14	12	37
家計相談	79	33	17
市民的権利の援助	55	12	0

上記のソーシャルサービスはソーシャルワーカーの固有のサービス内容ではなく、看護婦もボランティアも共通して果している領域であって、それぞれが補完しながらサービスの提供を行っている。表1にみられるごとくこれらのサービス領域における特徴は、ソーシャルワーカーやボランティアが看護領域まで手がけ、なかでもワーカーが苦痛や症状の抑制といった医学領域まで介入している事実である。また看護婦やボランティアがケース管理領域まで介入し、特に看護婦がケース調整の領域に非常に高い割合で関わっている。また社会心理的援助の領域においてもソーシャルワーカー、看護婦、ボランティアの三者がかなり高い割合で援助介入を行っている。これら三者により提供されるソーシャルサービスの頻度を具体的にみてみる。

看護領域において、50%から90%の看護婦が5領域に関わり、中でも60%の看護婦が3領域

に介入している。55%のボランティアが対人ケアに関わり、34%のソーシャルワーカーが苦痛の抑制のための実際の活動を行っている。

社会心理的範疇において、約70%以上の看護婦、ソーシャルワーカー、ボランティアがカウンセリング、死別カウンセリング、電話活動を行っている。ボランティアのほとんどが主に電話に関わり、ソーシャルワーカーと看護婦は主にカウンセリングに携さわっている。ソーシャルワーカーは社会的相互作用の領域において看護婦よりも多く関わっており、ワーカーの固有の領域を実際的に示しているものと評価される。

日常生活の領域において、ソーシャルワーカーも看護婦も家事、買物、輸送に関わってはいず、そのほとんどはボランティアによって実施されている。しかしソーシャルワーカーは家計相談、市民的権利の援助に多くの精力を費いやし、3分の1の看護婦が家計相談に乗っている。

いずれにしろソーシャルワーカー、看護婦、ボランティアの三者が、ケース管理領域でも同様なサービスを実践し、60%のワーカーと70%の看護婦が、9つのサービスの内8つまで同じ領域に関わっている。

以上米国のターミナルケアにおけるソーシャルサービスの領域や構成要素をみてきたのであるが、ケース管理、社会心理的援助の領域では、ワーカーも看護婦も、同じ領域内の仕事を同程度に担当しており、特にボランティアが社会心理的援助領域に、非常に高度な関わり方をしているのに驚く。まさしく末期のソーシャルサービスは専門領域の区別なく、全体的なアプローチが必要なことが理解される。

2 ターミナルケアにおけるソーシャルワークの機能

ターミナルケアにおけるソーシャルワークは別名、いたみの作業 (mourning work) と呼ばれ、また悲嘆作業 (grief work) にも呼ばれる。あるいは臨死作業 (dying work) 死の作業 (death work)、末期危機作業 (terminal crisis work) とも呼ばれている。しかし、ソーシャルワークが、いかに呼ばれようとも極限状況における患者の全存在をかけた作業であり、それは精神的、情緒的、社会的、霊的な作業に変わりはない。それ故にターミナルケアにおけるソーシャルワークは、緻密かつ慎重に計画され、実行されなければならない。

シルビア、ポス (Sylvia Poss) はターミナルケアにおけるソーシャルワークの枠組を図2のように設定している⁸⁾。

ポスの企図したターミナルケアにおけるソーシャルワークの体系は、ソーシャルワークの範疇を大きく三分類して、一つはソーシャルワーカー独自の基本的な作業としての直接作業、二つは同僚及び他の専門家との共同作業としての重要な位座にある人 (significant others) との作業、三つはソーシャルワークサービスの質の向上に対する諸活動を配し、それぞれにソーシャルワークの機能、課題、さらに持つべき社会科学の理論やソーシャルワークの知識、それに加えてソーシャルワークの実践技術領域の内容などを有機的に結びつけている。それはターミ

図2 ターミナルケアにおけるソーシャルワークの枠組

ソーシャルワーク のサービス範疇	ソーシャルワーク の機能	ソーシャルワークの課題	社会科学とソーシャルワークの 知識	ソーシャルワーク実践技術領域
A 直接作業： 個人及びグループ による臨死患者と その親族との作業	I 末期危機作業	i 死に対する継続的、情緒的な調整 段階を通して患者の発展を促進する	末期危機とその決定に関する本質	i 問題の評価
		ii 末期患者のその状況覚知への対応		ii 資料の収集
		iii 患者が希望と恐怖のバランスがとれるように援助する	臨死期の心理	iii 初回の接触を作る
		iv 末期の調整段階において放棄の過程を促進させる		iv 契約交渉
		v 人間関係からの離脱を保証させる	死に関連した行動の社会学	v 行動体系の形成
		vi 精神的な事柄が探究されるような雰囲気を提供する		vi 行動体系の維持と調整
		vii 臨死期患者の家族との末期危機作業	医療社会学の特定の側面	vii 影響の行使
		viii 異常な延命に関する患者や家族に決定を促進する		viii 変化努力の終結
		ix 残された親族の悲嘆作業を助ける	末期ケアプログラムにおける市民消費者の参加	
	II 環境管理 (実際のサービス)	i 末期ケアが最善に果されるための計画	地域社会資源と施設制度の組織的側面	
B 重要な人との作業	III ソーシャルワーカーと保健専門家との解釈作業	i 末期ケア作業のための開放的なコミュニケーションの開始	学際的なチームワーク	
		ii 末期患者がいかなる意識的脈略でケアされるべきかを決定するケア提供者への援助	国家、地方、地域レベルにおける社会政策、社会構造	臨死期及び死に密着した接触に耐える能力、末期ケアにおいて活発なソーシャルワークの役割を果す能力
		iii 患者の行動の解釈	人間的成長と開発	
		iv 最初のケア提供者の計画を保証する	家族力動、コミュニケーション理論	

		v 作業に関係した同僚の経験的感情に焦点をあてる	成人教育原理 システム理論
		vi ソーシャルワーク介入に関して末期患者の選択と委託における同僚の指導	学習理論 危機介入 ソーシャルワーク管理
		vii 異常な延命に関する決定への参加	ソーシャルケースワーク, グループワーク
IV コミュニティワーク		i 保健介護体系の責任母体に対する末期患者ケアに関する公式の責任配分	コミュニケーション・オーガニゼーション, コミュニティ開発を含めてソーシャルワークの変化や変化努力の個別的, グループ的, 地域社会的過程に関する多くの理論
		ii コミュニティにおける末期ケアサービス施設の開発	
		iii 末期ケアワーカーの訓練施設の開発	
		iv 末期患者のケアの継続を保障する(総合的な保健ケアに向けて社会政策を促す)	
		v 末期ケアの事柄に関して死を拒否する社会への教育	
		vi 臨死期の決定に関する市民及び消費者の参加, 末期ケア施設の計画と供与	
C サービスの質の向上に対する諸活動	V 教育	i 成人教育訓練としての訓練科目の計画	
		ii 学習サイクルの各局面に学習者の参加を促進する	
		iii 現在の教育過程に看護や臨死の討議過程を結びつける	
	VI 全体的サービスに関係した管理的作業		
	VII 指導及び相談作業		
	VIII 関係文献の研究		
			Toward Death with Dignity National Institute, Social Service Library No. 41.

ナルケアにおけるソーシャルワークサービスの全体系を明らかにするもので、臨死期患者に対するソーシャルワークのねらいや意図、方法を実践レベルで敷衍した。ポスの全体系を明らかにするには限度があるので、ターミナルケアにおけるソーシャルワークの全体系の内、主要なソーシャルワーク機能の末期危機作業 (teminal crisis work) の課題に限定して、臨死期患者の処遇にのみ焦点をあてて注釈を加える。

①死に対する継続的、情緒的な調整段階を通して患者の発展を促進する。

これはキューブラ・ロス (E. Kübler-Ress) の五段階の死の受容過程に則して展開される援助視点である。言うまでもなくロスに到る患者の心理的な過程を次のように分析している。第一段階、否認と隔離——否認は予期しない衝撃的な情報に対して緩衝装置として働く、患者は自己の無化、実存の根底からの否定に際して否認という自己防衛法を動員する。致命的な疾患に対処して、防衛機制はその初期には必要なものであるが、その後出現したり、消去したりして繰返す。隔離は末期になってあらわれ、健康と病気を同時存在としてみ、死を直視しながら一方で希望を維持しつづける。第二段階、怒り——否認という防衛機制が維持されなくなると、怒り、憤り、羨望、恨みなどの感情があらわれ、家族、病院スタッフにその怒りが向けられ、患者をとりまく環境に投影される。第三段階、取り引き——延命の願望、痛みと不快の除去に対する神や医師を含めて他の人に特別のサービスや要請のための取引を願望する。第四段階、抑うつ——喪失感にともなう反応抑うつや死の準備悲嘆にともなう準備抑うつの二種類の兆候を示す。第五段階、受容——自分の運命について怒りも、抑うつもなく受け入れる。嘆きも悲しみも終え、自己の終焉を見つめる段階である⁹⁾。

このロスの死の過程に従って、ターミナルケアにおけるソーシャルワークは次のように展開される。

①否認に対する応答。ワーカーは患者の防衛としての否認を受け入れ、患者と家族との間で開放的なコミュニケーションの体系をつくり、不可避的な死への準備を用意する。②孤独に対する応答。ワーカーは患者が経験している情緒を掌握すること。患者に勇気と支援を提供することによって、患者とのコミュニケーションが達成され、患者の孤独感、怒り、羨望、恐れを言語化させることによって心の負担を軽減させる。③怒りに対する応答。怒りは個人的にあてつけられたものでなく、健康者や健全者に向けての嫉妬や羨望のあらわれである。ワーカーは患者の怒りを表現させ、質問や要求を奨励し、状況を探索させ、敵意に対して寛容な態度を示すならば、患者は序々に怒りをしずめ、自分自身を理解するようになり、批難や要求を少くしていくようになるであろう。④取り引きに対する応答。神やケア提供者に延命のために取り引きをする。それは財力とか行為を介して、よきケアが得られたり、生命が延長されるかのように働きかける。ワーカーの態度として傾聴をもって応えることである。⑤抑うつに対する応答。喪失による抑うつは当然の感情であって、それは非言語的にあらわれる。ワーカーは烈し

い情緒を押え、患者の苦悩に満ちた感情に耐えることによって患者や家族に精神的支援を与えることができる。⑥受容に対する応答。臨死の最後の段階ではワーカーはゆっくりとしたアプローチが要求され、患者の死まで毎日病室を訪れることである。コミュニケーションは非言語的になり、臨死期の雰囲気や静に分ち合う。ワーカーの役割は積極的な干渉者の役割から静かな友となる。同時に残された家族に対してカウンセラーの役割もとり、ワーカーの働きも最後を看とる家族に焦点が移され、彼らに対して精神的、社会的支援体制をつくっていく。

②末期患者のその状況覚知への対応。

末期状況の覚知に対する対応はコミュニケーション、特に傾聴によって促されるが、現実的に死を向える段階で、死への準備、予測は大事なケアの一つである。この場合仮定的な用語で死に対する恐れを言語化させ、死そのものについて語ることが促される。わが国の場合、死の告知も一般化されず未だ告知の体制（専門家同志のチームワーク体制）も整っていない、さらに宗教観、死生観も異なる文化、風土の中では、この覚知の対応は十分に慎重をきたさねばならない。

③患者が希望と恐怖のバランスをとれるように援助する。

ワーカーの第三の課題は末期危機における患者の希望と恐怖のバランスをとれるように援助することであり、また患者をしてこれらの感情を探索させる機会をも提供する。死への恐怖は人生の根幹に関わって起因する恐怖であったり、また希望の出現は非現実な治癒ではなく、苦しみの中にあるなんらかの意味の発見への喜びの希望であったりする。ワーカーは患者の希望と恐怖の調整に努める。

④末期の調整段階において放棄の過程を促進させる。

ソーシャルワークの対応の4段階では、以前の肉体的生存の過程を放棄させ、臨死から死への移行に働きかける。人生の執着を解くという作業は非常に困難な仕事である。それには患者のもっている葛藤領域を明らかにして、難事を認めるように助力し、カウンセリングを行う。自分の人生の葛藤や困難が未解決のままでは、臨死期における平和はさまたげられる。患者の放棄の過程を促進させる方法は、未解決の問題領域に関わった所に焦点をあてることである。末期危機を解決するには、患者のもつ問題の原因が、おそらく依存や自律、臨死期に誘発される失望や罪障感の中に発見されることに注意する必要がある。カウンセリングを用いることによってワーカーは患者が過去を概観できるようにし、患者の行動パターンを理解し、患者の人生を現在の臨死の経験に結びつけることによって意味のあるものにする。

⑤人間関係からの離脱を保証する。

ターミナル危機作業の第5番目は患者の人間関係の安定した離脱を保証するように働きかけることである。これは患者の家族にも協力を要請しなければならないが、それにはタイミングが重要であって、早すぎると罪障感を誘発させる。時宜を得た離脱は患者自身を解放させ、肉親から悩まされずに死ぬことができる。患者を生活から解放し、また以前の人間関係からの離脱を援助することは、患者の肉親と患者自身の両者に積極的に働きかける重要なソーシャルワーカーの作業である。

⑥精神的な事柄が探究されるような雰囲気を提供する。

末期危機にたずさわるソーシャルワーカーの究極の領域は、死に対する精神的、霊的準備のそれであろう。人間の本質からして精神的な側面を無視することができないが、それを宗教的動機と結びつけてソーシャルワークの機能にするかどうか、特にわが国の状況においては十分論議する必要がある¹⁰⁾。

以上末期危機におけるソーシャルワークの課題とその対応について論じてきたのであるが、わが国の末期患者のケアの実情と比較して、大なる相異を発見することができる。すなわち欧米の場合、①患者の自律性と主体性を期待して、個人の自己 (self) の強さを基盤にした処遇であること。②死の究局の目的及び形態を尊厳死にしていること。③死の告知が肯定的、積極的なされていること。④宗教的語らいが日常化していること。⑤合理的客観的な死生観が明確であること。⑥ソーシャルワーカーの介入が臨死期の患者に対して不可欠の要件であること。これらのことが欧米の末期危機の処遇において、明らかな前提となっている。しかしわが国の場合、①に関連して個人が「強国な自我意識を持ち、自らの判断と責任において自由に意志決定をし、そしてなるべく自力でもって事にあたろうとする存在」ではなく、まして欧米型の「唯我的な主体性の持ち主」ではない。むしろ「人と人との間にあってその中で自己を確認、意識するような存在」¹¹⁾ であるので、常に他人の言動によって動かされ、末期危機を自己に期待して解消すべき強さを持ち合せていない。②の尊厳死は理想像であって、自己の超克は聖人の域で大衆感覚からしてほど遠いこと。③の死の告知については非常に消極的、否定的であること、むしろ「患者がひとりでに自覚することが望ましい」とされている。④の宗教的機能は非常に世俗化し、個人化している。⑤の死生観については、われわれは死を忌み嫌い、死に対する無気味感、抵抗感をもっている。死の恐怖感が死の待時をさけ、非日常的な事実としてみすごされてしまう。⑥のソーシャルワーカーの介入は、現代の医療体制の中では不必要視され、期待されていない。末期患者に対する延命措置が優先され、家族のふれ合いも排除されている現状では、ソーシャルワーカーの対応などほとんど考えられていない。またワーカー自身、末期患者の対応措置に関してほとんど訓練されていない。

しかし本質的に死が不可避の事柄であり、絶対的な事実である以上、死に目を閉ざし、死と

の対話をさせて、過すのは虚偽の人生を送ることであり、また生きる時間のみを強調して生きる人とそうでない人とは人生の展望を異にする。患者には死の床にある事実を決して受け入れない人がある。それは病状のきびしさに耐えがたく、その事実を受容する心の準備ができてない人の場合や、生涯を無意に過したことに對する悔恨をあがないえない臨死の床にある場合、あるいはまた混乱と焦燥のあまり無謀な行為に走る人の場合などはなにも言わない方がよい。けれども患者が人生を吟味し、臨死の事実気づいている場合、あるいは病状の重大さに気づき人生を回顧しているような場合には、回復への誤った期待を抱かせるような言動は、臨死期における患者の尊厳性に対する一種の欺瞞であり、道徳的な誤りである。

死は「人生のひとつの属性、いや唯一の属性であり、人間存在の価値の唯一の指標である。ちょうど、行進が最後の一里塚で完成するように、人生は死によって完成するのだ」といわれるように死は人生の成熟の完成像であり、真の人間的な終焉である。人生の過程が死との絶えざる対話であることに気づけば「近づく死について考える権利を奪うことは、ほんとうはその人から人生を全体としてみることに、完全な生を生きることにの権利を奪うことである」¹²⁾ ごとく、このような死に対する確固たる信念をもつことが、医療従事者を含めソーシャルワーカーにとって必要なことである。死の床にある患者に接触して「患者に何を話すか」というより、「患者にいかに話すか」ということに細心の注意をはらうべきで、言葉よりもむしろ関係に重きをおいた接触が有効である。末期の患者にとって自分の胸の内を察知させるような人を必要とし、自分のニーズを援助するのに時宜の適ったし方でそれに気づかせる人を好むものである。

3 ソーシャルワークの基本的視点

ソーシャルワークの対人接触において、その有効性が問われるのは、ソーシャルワークの基本的、共通的な認識がいかなる論点に立脚しているかにかかっている。そうした意味で、ソーシャルワーカーがケア提供者として共通に認識していなければならない視点を澤瀉久敬氏の言説を借りて明らかにしておきたい¹³⁾。

①患者が自分のもつ問題を解決していく過程を妨げてはならない。これは臨死期の患者にどれほどのエネルギーが残存しているが言及できないにしても、最後まで患者の人間としての可能性、自己実現のチャンスを提供するためのケア提供者の配慮であって、患者が自由に、自己成就できるような場の設定を考慮するものである。決して強制的、指示的な型で患者を依存的、消極的態度に追いこんではならない。ましてソーシャルワーカーは最後まで患者の自覚と自立を期待して、患者自らが自分の心配にめざめ、その心配にたち向っていけるような配慮を十分に、援助の体勢を整えていくべきである。常に患者への援助の視点は患者の感情や態度に敏感に反応し、真のニーズを言語化させるように保証していく必要がある。

②患者の問題の解決を妨げているものをとり除く。これは患者が苦しみに耐え、いろんな生

活問題に対峙して、自ら解決していこうとする過程で、その問題解決に支障をきたす人的、物的障害を発見して、それを取り除き、患者自らが自分なりの力で問題の解決をしていけるように側面から援助する。

③患者の問題解決の能力が衰えている場合には賦活させる。これは患者の臨死期にかかえる問題があまりにも大きく、絶望の淵にある場合、積極的な助言を与え、激励し、その状況を感情的レベルで受容し、患者が悩んでいる問題やそれについての感情を自由に表明できるように助ける。患者の緊張の緩和と不安の解放をはかり、安らぎと温さを感じさせ、不安を和らげ、精神的快感を覚えるような支持的アプローチを試みる。

以上のごとくケア提供者として配慮しなければならないことは、いかに患者が末期状態にあっても、患者の自覚と自立を期待して、十分に自己を探究できるような自由を保証し、患者を中心に患者の感情、情緒を重視し、患者が自分の困難や心配に向って開けるようにし向けるのである。それはまさしく患者の全人的開放を意味するものである。次にケア提供者としてのソーシャルワーカーの配慮について述べる。ターミナルケアにおけるケア提供者の具体的な配慮は、永田勝太郎が示唆しているように¹⁴⁾。①無理をしないことである。無理は永く続かない。それは返って患者をみじめな思いにさせる。また極度のセンチメンタルな反応は、患者に負担をかけ、異常な深刻さを作り緊張感を深めることになる。ターミナルケアはきびしく、冷厳なものである。無理して、患者のためにとった行為も、患者に空々しく、偽善的なものに映る。患者は「末期になればなるほど、研ぎ澄された神経で治療者を観ており、治療者の無理により生じる」行為に失望すると言われる。

②接触技能を活用する。

力がつき、虚無と孤独の中にいる患者にとって、言語的行為のわずらわしさから救われるのは身体的接触であろう。大人同志の身体的接触はタブー視されるが、臨死期の患者にはこれは適応されまい。静かにやさしく頭をなぜられ、手をしっかり握られることは、患者にとって大きな慰めとなる。身の回りのものを整理するのも心のかよう仕種であろう。非言語的な行為は言語的行為以上に心のやすらぎを覚える手段ともなる。

③健康者の発想はさける。

普通人は病気に落ちいった時、自己の身体的存在を鋭く自覚するものである。患者は困惑し、反抗的となり、ついにあきらめ受け身になって、ただ耐えるだけである。まして臨死期にある患者に対峙して、ソーシャルワーカーが現実的な可能性としての死に直面することの恐怖にうちかつことができず、安易な慰めや説諭を与えることは患者とソーシャルワーカーとの関係を疎遠にすることになるであろう。見舞客を含めてワーカーの口のきき方や行動は、患者にとって彼らが健康者であるが故に、よそよそしく、あるいは敵意や嫉妬の関係におきかえてしまう場合がある。臨死期の患者にとって最も必要なことは安らぎと苦しみからの解放であろう。それには患者の深い絶望や悲しみに共鳴し、受容して、まもなく来るであろう自己喪失に対する

補償として、愛情と保護への渴望を満してやることである。

④サポートネットワーク作りと調整活動

ターミナルケアにおける患者に対する援助は、医師、看護婦などの治療グループを支えるワーカー、ボランティアの参画によって達成される。そのために患者を中心とした支援体制を整えなければならない。サポートネットワークの機能は情報の提供、情緒の再保証、身体的、母性的な援助をともなっている相互連結的な関係をもったグループによる末期苦痛の軽減にある¹⁵⁾。具体的には情緒の支持、質問に対する解答、物品の提供、グループ間の意志の疎通、ケア計画の作成、延命計画の査定、患者の言動の評価、環境管理、家族援助などである。

⑤家族の協力を得る。

患者にとって家族は生きがいの対象であり、心のよりどころである。家族の支えが臨死期の恐怖、不安を軽減させる。死後をまかせる家族の存在は本人を勇気づけるだけでなく、平和と安寧の内に死を受容する助けにもなる。また家族は患者の願望や生活態度を一番よく知っており、家族からの情報は患者のニーズを知る上で非常に有効である。さらに家族は肉親の臨死期に立ち合って、患者の過去の行状や家族に対する名状しがたい複雑な感情的あつれきを抱きながら、患者への介護に臨むものであるが、患者にとって家族からケアされることは最も望ましいことであり、安息をもたらす重要な手がかりを提供するものである。従って家族を積極的に治療や介護のネットに編成していく必要がある。そのためにはソーシャルワーカーは家族の患者に対する接近方法や臨死期に際してやるべきことなど具体的に指導していかなければならない。同時に患者や家族の抱えている痛哭、痛恨、惨苦、感情的あつれきを受容し、患者一家族関係を修復し、より濃密になっていくように調整していかなければならない。

4 ターミナルケアにおけるソーシャルワークの技能

ターミナルケアにおけるソーシャルワークは、あらゆるソーシャルワークの分野の方法、技術を駆使しなければならないが、臨死期という人生の実存をかけた終焉期のターミナルケアにおけるソーシャルワークの実践には、特別の技能が要求される。それは臨死期と死に対する密接な接触に耐えうる能力である。死の床にある患者の社会的、精神的、身体的苦痛を支え、患者に対して、包括的なソーシャルワークサービスを施すには、死に関わったワーカー自身の感情を制御することができなければ、死の恐怖と肉体的苦痛をかかえた患者の援助は不可能である。死の枕もとに立ち合うということは、患者のストレス、依存、絶望、自殺のおそれ、離別、臨死という死にまつわる困難を患者と共に耐え、処理する技能を要求されることを意味する。

それではターミナルケアにおけるソーシャルワーカーの技能は、いかなる与件に由来するものであろうか。それはワーカーの態度、能力、資質に負うものである。技能(skill)とはソーシャルワーク実践の活動を遂行していくための適性と能力の総称であるといわれる。それは「技法を熟練して用いていく能力」をさすものであるが、この技能は知識や行為、意図、価値、ス

タイトルの4つの次元で構成されている。この4つの要素は統一的に体系づけ、把握することは困難であるが、あえていえば長年の熟練と教育の所産の結果としての勘のようなものである。この技能の類似概念として技術(technic)は、「方法の部分として用いられる道具ないし特定の手續」を指し、「客観的な一定の手續の体系的な様式」を含むものであって、技能の手段、素材となるものである¹⁸⁾。従って技術は客観的、組織的、社会的、伝達可能な性格を有するが、技能は主観的、個人的な適性と能力に支えられた応用的な要素を含んでいる。技能は技術のハードの部分をソフトな性格に変えるものである。

ターミナルケアにおけるソーシャルワーカーの技能として考えられるものは、第一に哲学的自己を活用することである。

死の恐怖は生命を所有物として経験するところに起因すると言われる。故にそれは持つ様式に由来し、持つことのみに価値を置く時、死は喪失を意味し、恐怖は発生する¹⁷⁾。臨死期の患者が「死にたくない理由」の中に「自分のたてているさまざまな計画が目の目を見ずに終わる」とか「もう新しい経験ができなくなる」¹⁸⁾という理由を上げるのも、持つ様式を固執した結果である。持つ様式を減少させ、別の様式を発見するようワーカーの絶えざる働きかけと努力が必要である。生命に執着せず、生命を所有物としない別の様式とは、それは死や苦難に対して意味の様式を発見し、増大させることである¹⁹⁾。すなわち患者が死や苦痛の中に意味を見出し、それらに立ち向かい、残された生命を十分に生きられるように援助する。哲学的自己は苦しい体験の中に、言語的にか非言語的にか患者の全存在をかけた生命の証を意義づけるものであり、魂のレベルでの人間存在の問いかけをなすものである。ワーカー自身の有する哲学的自己の構成要素と考えられるものは、理念、価値、信念、道義のようなものである。患者を一人の人間として尊敬し、愛するならば、患者は困難な道程に立ち向い、勇気を獲得するものであろう。愛しそして要求すること、それも人間としての高次元の要求は患者にとって力を与え、人間であることの証を知らず知らずの内に認めさせることになる。

第二にソーシャルワーカーは患者の臨死期状況において、苦悩や葛藤、苦痛を共有しながら、現実起っている患者の経験を不可避なものとして受け入れ、葛藤や困難を患者と共に経験することによって患者は救われるという確信をもつべきである。患者のおかれている状況や感情を経験するということは、患者にとって苦悩や孤独感を軽減させることになる。

第三に共感能力の活用であるが、共感とは「ひとりの人間の内部の状態にちがいが状態が、もうひとりの人間の内部に生ずる過程である」²⁰⁾といわれているように、二人の人間の内部の状態が似かより重った部分で共感が生れるのである。これは基本的な人間の素養といわれるべきものであり、感性の世界から導き出されるものである。共感能力の活用は患者の苦悩、悲痛、絶望などのもろもろの感情の中に沈潜し、あるいは追体験することによって、患者の感情的負担を軽減させるのである。共感とは人間のもつ固有の感受性に支えられたものである。それ故共感能力の実践的活用は哲学的、文学的営為でもある。従って感受性のないところには共感が生

れない。臨死期の患者に対する共感的理解とは、患者の悲しみ、苦しみ、痛みといった「悲嘆の苦業」にソーシャルワーカーが参加し、それらを客観的に理解しようとするのではなく、ありのままの真実にせまり、その感情に同一化し、分ちうことである。患者の感情にワーカーの感情を重ね合わせることによって共感が生れ、その共感的心性をもって、臨死期患者に接近することによって、患者は自己の無力感や孤独感を軽減させるものである。

第四に支持的能力の活用である。ブラマー (Brammer) によれば、支持には三つの源泉があると言う、「一つは被援助者が援助者の受容と温かさを経験する。二つはストレスをなくする安らぎや環境的な支持による直接的援助の経験。三つはストレス解消の一時的な方便として援助者が援助関係の主な責任をもってくれるという経験」などである²¹⁾。支持は患者に安息と慰安を提供し、孤独からの解放と心の余裕を与えてくれるものである。ワーカーは患者に対して誠実で積極的な関心を抱き、傾聴し、受容し、適切な示唆を与えることによって、患者の不安を和らげ、心理的な安らぎを味わせることができる。支持されているという感情の体験は自分を理解してくれているワーカーの存在を実感し、絶望感をいかに表明してもその悲しみを分かち合うことのできる人の手応えのあることを知って患者は勇気づけられるのである。末期患者が最も恐れているものは「肉体の死ではなく、死に至るまでの精神的孤独と肉体的苦痛である」といわれている²²⁾。肉体的苦痛は医学的進歩により、その大部分は技術的に解消されようが、精神的孤独は将来もなお残された人間の末期に横たわる解決されざる本質的な課題として残されよう。これは人類普遍の共通の課題としてわれわれにつきつけられた挑戦状である。それに応えられる方法は各医療専門家 (医師、看護婦) 准専門家 (宗教家、ソーシャルワーカー)、ボランティアなどのチームによる全体的接近と信仰につちかわれた宗教的信念であろう。

最後に残された家族への配慮であるが、最愛の肉親が不治の病におかされ、死の転帰を迎える過程には、患者の陰にかくれた家族の苦悩はなみたいていものではない。患者の表明する肉体的苦痛をわが身に置きかえて苦悶し、変わってやれないことに対する無念さ、焦燥感、いわれなき怒り、罪障感など背負い、臨死の枕もとに立された家族の心理的、精神的混乱は名状しがたいものがある。このような家族に対して、ブラマーは家族と共にする悲嘆作業を提唱し、次のような手続で悲しみの苦業を処理している。①悲しみの過程を受け入れる。②悲しみの感情を表現させる。③故人の記憶を処理する。④故人のいない新しい環境に再適応させる。⑤新しい人間関係を樹立させる²³⁾。この経過は必ずしもこのような順序で進まないにしても、ワーカーは一つの技法として悲しみに打ち沈んだ遺族の人間関係の再構成と社会適応のための尽力をとるべきである。遺族が悲しみを克服し、家族関係を再調整し、生活の再編成を行って、社会生活が行っていけるよにフォローするのもソーシャルワーカーの役割である。

高度に産業化された社会では、死の医療化が進み「強制的ケアの下における死」を現出させた。それはまさしく現代資本主義下の医療状況のもとでは「商品としての死」に等しい。かつ

てイヴァン・イリッチ (Ivan Illich) が指摘したように、人類史上この 500 年間に死のイメージは五つの段階を経過し、今や第六の段階に到達したという。すなわちそれは15世紀の死者の舞踏に始って、今日の「病院における集中的ケアのもとでの死」に到る死に対する闘争の医療化の歴史である。その結果死に対して「社会の死」というイメージを急速になくしてしまった。そればかりではなく「死ぬという自らの行為において主体的である権利」をも失ってしまったのである。死は他人否機器によってコントロールされ、死は他人よる死であって、機器によるデーター死である。死の診断は、脳波計による脳波の平坦化によって告げられ、心臓の鼓動の停止によって宣告される。それは技術的な死以外のなにものでもない。機械的な死がすべて他の死 (社会死, 文化死) を征服し、それらを消滅させたのである²⁴⁾。

しかし社会的、文化的な存在である人間が、病気や死と闘う自律的な力を発揮し、自分自身の死を死ぬ方法、すなわち主体死を保障する形態はないものであろうか。言うまでもなくこの主体死を保障するものが、ホスピスケアであり、ターミナルケアであらう。死を見つめ、自分の死を自らの力を結集しての死に方、それこそ人間が人間として最後に果しうる最大の尊厳死、主体死の形態であらう。ソーシャルワークは自然死ではなく人間の尊厳性、人間の可能性に立脚した死に際して、人間が人間として残された生の期間における生き方、情緒的精神的事柄、生活の諸問題に対応して、人がよく生きる方法を援助する方策である。それにしても生の創造的、積極的ソーシャルワークの方法及び理論書は多くあるが、死に対応したソーシャルワークの方法、理論は皆無に等しい。その原因は死のイメージが医療技術死としてのそれに固定されてしまった結果、医師、看護婦の第一線に携る専門家の専有の場となり、それ以外の者、ソーシャルワーカー、家族、ボランティアが排除される状況を作ってしまったのである。

先述したように患者にとって死は、自己の全存在をかけた死であって、それは医学的関心における技術死だけではない。患者にとって本当の死は社会死であり、文化死でもある。それ故にこの前提に立って臨死期患者に対するサービスは、社会的、文化的接近を必要とされ、ソーシャルワークサービスが動員される必然性が存在するのである。しかし社会死についてのイメージは、「その社会の成員の独立心、相互関係、自立心、活動性の水準を明らかにするものである」²⁵⁾と言われるように社会死の見解が採用されるには、われわれ一人一人の社会的成長が達成されることが前提となる。

引用・参考文献

- 1) 池見酉次郎・永日勝太郎編「日本のターミナル・ケア」誠信書店、昭和59年12月、62ページ。
- 2) 池見酉次郎・永田勝太郎、同上書、3ページ。
- 3) 荒川義子「米国における危機介入の現状」社会福祉学、1953年。
- 4) ローレンス・M・ブラマー、対馬忠・対馬ユキ子訳「人間援助の心理学」サイマル出版社、1978年185ページ。
- 5) Zofia T. Butrym, "The nature of Social work", THE MACMILLAN PRESS LTD 1976年、31ページ。

- 6) Charles A. Garfield, "Psychosocial Care of the Dying Patient", McGraw-Hill Book Company 1978年, 366ページ。
- 7) Social work, November-December 1986年, 450ページ～452ページ。
- 8) Sylvia Poss "Towards death with dignity" National Institute, Social Services Library No. 41. 1981年, 6～7ページ。
- 9) E・キューブラーロス, 川口正吉訳「死ぬ瞬間」読売新聞社, 昭和46年4月, 65～156ページ。
- 10) Sylvia Poss 前掲書, 45～50ページ。
- 11) 小泉明, 田中恒男「人間と健康」大修館書店, 昭和48年5月, 54ページ。
- 12) ヴァン・デン・ベルク, 早坂泰次郎, 上野瀛訳「病床の心理学」現代社, 1983年3月, 31ページ。
- 13) 澤瀉久敬「医学概論」, 誠信書房, 昭和49年。
- 14) 池見酉次郎・永田勝次郎編, 前掲書, 16ページ。
- 15) Whittaker/Garbarino "Social Support Networks" Aldine Publishing Company 1983年, 4～5ページ。
- 16) 川田誉音「社会福祉実践の『拡大』をみつめて」社会福祉研究, 鉄道弘済会, 1982年, 101ページ。
- 17) 小川芳男「倫理心理学入門」北樹出版, 昭和60年4月, 187ページ。
- 18) 井上勝也「老年期の臨床心理学」川島書店, 1983年10月, 188ページ。
- 19) 三谷恵一, 菅俊夫編「医療と看護の心理学」ナカニシヤ出版, 昭和54年4月, 118～120ページ。
- 20) 加藤秀俊「人間関係」中央新書, 1962年。
- 21) ローレンス・M・ブラマー, 前掲書, 146ページ。
- 22) 池見酉次郎, 永田勝太郎編, 前掲書, 232ページ。
- 23) ローレンス・M・ブラマー, 前掲書, 192ページ。
- 24) イヴァン・イリッチ「脱病院化社会」晶文社, 1979年, 136～162ページ。
- 25) イヴァン・イリッチ, 同上書, 136ページ。